

 IGORGAS INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD (1928)	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-FDIP-01
	Solicitud de Exámenes de Leishmaniasis	Versión: 03
	Vigencia: 03-01-2023	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
 Dirección: Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____
 Instalación de Salud: _____ Teléfono: _____
 Lugares visitados los últimos tres meses: _____
 Tiempo de evolución de la lesión (es) en días: _____ Número de Lesiones: _____
 Tamaño de la Lesión: _____
 Apariencia general de la lesión (es): _____

Historia Clínica: _____

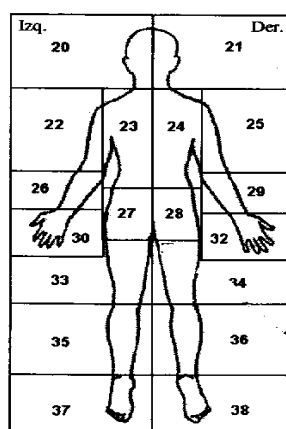
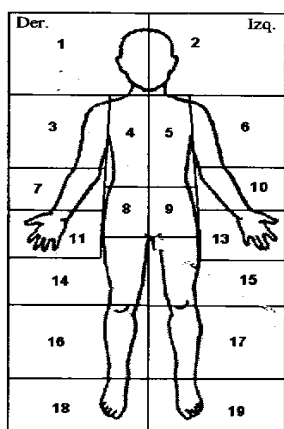
PRUEBAS SOLICITADAS

TIPO DE MUESTRA							PRUEBAS SOLICITADAS		
Lesiones /ubicación	Raspado	Biopsia Cutánea	Biopsia Mucocutánea	Hisopado Nasal	Aspirado	Otros	Frotis	Cultivo	PCR
1 /									
2 /									

SEÑALE Y NUMERE UBICACIÓN DE LA(S) LESIÓN (ES):

Anterior

Posterior



Nombre de quien tomó la Muestra	
Firma del responsable de la toma de muestra	
Fecha de toma de Muestra	
Hora de toma de Muestra	
Firma y Sello del médico solicitante	

SOLO PARA USO DE RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS

Fecha de recibo de muestra: _____ Hora de recibo: _____ Recibido por: _____ Temperatura: _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN PARASITOLOGÍA

Fecha de recibo de muestra: _____ Hora de recibo: _____ Recibido por: _____
 Observaciones: _____